

Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ

Syphilis: an epidemiological overview of Brazil and the municipality of Volta Redonda / RJ

Recebimento dos originais: 02/06/2018
Aceitação para publicação: 27/06/2018

Juliana Monteiro Ramos Coelho

Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro / Professora do curso de Medicina do UniFOA

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: Rua Carlos Gomes, n85, cobertura 1 – Jardim Amália II, Volta Redonda-RJ, Brasil

E-mail: julianamonteiramos@gmail.com

Fernanda Cristine Silva Dantas

Médica pela Universidade do Grande Rio / Preceptora do curso de Medicina do UniFOA

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - uniFOA

Endereço: Rua Artur Luis Correia, n323 – Barreira Cravo, Volta redonda-RJ, Brasil

E-mail: fcsdantas@hotmail.com

Lara Thauana Guimarães Pena

Acadêmica de Medicina pela UniFOA

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: Rua Senador Alfredo Ellis, n110, apto 201 – Jardim Amália I, Volta Redonda-RJ, Brasil

E-mail: larapena.med@gmail.com

Juliana Jangelavicin Barbosa

Acadêmica de Medicina pela UniFOA

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: Rua José Caetano, n40 - Centro, Barra Mansa - RJ, Brasil

E-mail: jangelavicin@gmail.com

Carla Mendes Costa

Acadêmica de Medicina pela UniFOA

Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: Rua Feliciano Mota Couto, n25 - Centro, Tocantins- MG, Brasil.

E-mail: cmendesc123@gmail.com

Laís Improta Ferreira

Acadêmica de Medicina pela UniFOA
Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
Endereço: Rua Pio XII, n4 – Centro, Piraí-RJ, Brasil
E-mail: laisimprota@hotmail.com

Fernanda Bozzeda Meira

Acadêmica de Medicina pela UniFOA
Instituição: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
Endereço: Rua Sessenta, n2523 - Jardim Esperança, Volta Redonda – RJ, Brasil
Email: fernandabmeira@gmail.com

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, uma enfermidade sistêmica, curável e exclusiva do ser humano. É causada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*, e tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical, e também pode ser transmitida por transfusão sanguínea, porém, é incomum na atualidade. A Sífilis é uma doença de notificação compulsória regular (em até sete dias), tanto a forma adquirida, congênita, quanto a sífilis na gestante. A notificação e vigilância são imprescindíveis para interromper a cadeia de transmissão e indicar as medidas de controle. O número de casos de sífilis no Brasil aumentou no período de 2014 a 2016, um dos motivos foi o desabastecimento da penicilina benzatina, isso ocorreu em nível global, além do aumento de notificação que pode ser atribuído a ampliação da distribuição do teste rápido. Em 2016, foram notificados no Brasil 87.593 casos de sífilis adquirida, a sífilis em gestantes foi de 12,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos, e a sífilis congênita foram notificados um total de 20.474 casos. Vale ressaltar, que a sífilis na gestação causa mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo. Ao analisar o retrato da sífilis no município de Volta Redonda/RJ, entre o período de 2012 a 2017, detectou-se um significativo aumento nos casos a partir de 2014, com cerca de 50% do total registrados em 2017. Sendo notificados, o total absoluto, 231 casos de sífilis adquirida, 172 em gestante e 80 na forma congênita. Na prática clínica podemos observar a existência de carência de informações acerca da sífilis, tanto por parte da população quanto por parte dos profissionais de saúde, nesse último, percebemos discrepância em relação à conduta diagnóstica e tratamento. O seu desconhecimento torna a problemática das DST ainda maior. Para o combate a sífilis, é fundamental a instituição de normas, que visem à promoção de ações, por equipe qualificada, direcionadas ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado e acompanhamento sorológico para comprovação da cura, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Sífilis, Epidemiologia, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease, a systemic, curable and exclusive disease of the human being. It is caused by a spirochete, *Treponema pallidum*, and has as its main route of transmission sexual contact, followed by vertical transmission, and can also be transmitted by blood transfusion, but it is uncommon at present. Syphilis is a disease of regular compulsory notification (within seven days), both acquired form, congenital, and syphilis in pregnant women. Notification and surveillance are essential to interrupt the chain of transmission and indicate the control measures. The number of syphilis cases in Brazil increased from 2014 to 2016, one reason was the shortage of benzathine

penicillin, this occurred globally, in addition to the increase in notification that can be attributed to the expansion of the rapid test distribution. In 2016, 87,593 cases of acquired syphilis were reported in Brazil, and syphilis in pregnant women was 12.4 cases per 1,000 live births, and congenital syphilis was reported in a total of 20,474 cases. It is worth mentioning that syphilis during pregnancy causes more than 300,000 fetal and neonatal deaths per year in the world. When analyzing the picture of syphilis in the municipality of Volta Redonda / RJ, between the period of 2012 and 2017, a significant increase was detected in cases from 2014, with about 50% of the total recorded in 2017. When notified, absolute, 231 cases of acquired syphilis, 172 in pregnant women and 80 in the congenital form. In clinical practice we can observe the lack of information about syphilis, both by the population and by health professionals, in the latter, we perceive discrepancy in relation to the diagnosis and treatment. Their ignorance makes the problem of STD even greater. In order to combat syphilis, it is essential to institute norms, which aim to promote actions, by a qualified team, directed to the control of the disease, including notification actions, active search, appropriate treatment and serological follow-up to prove the cure, in order to that changes can be proposed that imply better coping with the disease and, in turn, a better quality of life.

Keywords: Syphilis, Epidemiology, Sexually Transmitted Infections.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, uma enfermidade sistêmica, curável e exclusiva do ser humano. Conhecida desde o século XV, já foi nomeada como mal espanhol, mal italiano, mal francês até que o nome sífilis, derivado de um poema de Hieronymus Fracastorius, sedimentou-se como o principal (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

É causada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*, e tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical, e também pode ser transmitida por transfusão sanguínea, porém, é incomum na atualidade. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal (BRASIL, 2010).

Em 1960, mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional fizeram que o número de casos aumentasse. Apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

O número de casos de sífilis no Brasil aumentou no período de 2014 a 2016, um dos motivos foi o desabastecimento da penicilina benzatina, isso ocorreu em nível global, além do aumento de notificação que pode ser atribuído a ampliação da distribuição do teste rápido. Em 2016, foram notificados no Brasil 87.593 casos de sífilis adquirida, a sífilis em gestantes foi de 12,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos, e a sífilis congênita foram notificados um total de 20.474 casos. Vale ressaltar, que a sífilis na gestação causa mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo (SBI, 2017).

Embora o tratamento com penicilina seja muito eficaz nas fases iniciais da doença, métodos de prevenção devem ser implementados, pois adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras DST, inclusive a Aids (BRASIL, 2010).

2 METODOLOGIA

Para o presente trabalho, utilizamos como metodologia a pesquisa de dados quantitativos em sistemas de informação do SINAN e da vigilância epidemiológica do município de Volta Redonda/RJ. Foram realizadas, também, a pesquisa e leitura de diversos artigos em sites de pesquisas como: Scielo, PubMed e BVSMS, restringindo os achados com assuntos interligados ao tema, e com data de publicação atuais, pois, por se tratar de um assunto que houve modificações no seu manejo ao longo do tempo, vimos a necessidade de buscar informações mais atualizadas.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 ETIOLOGIA

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria anaeróbia e Gram-negativa, do grupo das espiroquetas que descoberta em 1905 (BRASIL, 2015).

3.2 TRANSMISSÃO

A sífilis é transmitida pela via sexual ou transplacentária. A infecção ocorre na sífilis recente pelo contato e na sífilis latente por meio do fluido corporal (principalmente pelo sangue). A maioria dos casos ocorre por transmissão sexual, e uma menor parte por transmissão vertical e transfusão sanguínea. O contágio pode ser direto, quase sempre genital, e, raramente cutâneo e bucal (BRASIL, 2015).

3.3 FORMAS CLÍNICAS

A história natural da doença mostra evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano. Quando acomete gestante, o feto pode adquirir a sífilis congênita (BRASIL, 2010).

Em setembro de 2017, pela Nota Informativa Nº 2 – SEI/2017- DIAHV/SVS/MS, houve mudança na definição da sífilis em gestante, que ficou definido como toda mulher que teve o

diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério. A sífilis congênita também sofreu mudança na sua definição, que não considera mais como critério de casos de definição de sífilis congênita, o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2017).

A confirmação da sífilis congênita deve ser feita considerando a comparação dos resultados dos testes não treponêmicos da mãe e da criança, os resultados dos exames de imagem e dos sinais clínicos presentes na criança. Sempre que suspeitar de sífilis congênita deve-se fazer VDRL no líquido da criança (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

3.4 SINAIS E SINTOMAS

Sífilis primária:

O primeiro sintoma é o aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria. A lesão denominada cancro duro é indolor, tem a base endurecida, contém secreção serosa e presença de treponemas. A lesão primária se cura espontaneamente, num período aproximado de duas semanas (BRASIL, 2015).

Sífilis secundária:

A sífilis quando não tratada na fase primária, evolui para sífilis secundária, período em que o treponema já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo. Nesta fase, aparece como manifestação clínica o exantema, rico em treponemas, e se apresenta na forma de máculas, pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas denominadas condiloma lata, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo (BRASIL, 2010).

Sífilis latente:

Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente ou assintomático (BRASIL, 2015).

Sífilis terciária:

A sífilis terciária pode levar mais de vinte anos para se manifestar. Se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos. Ocorre a formação de gomas sífilíticas, que são tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, podem acometer qualquer tecido do corpo, inclusive no tecido ósseo. As manifestações mais graves incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis (BRASIL, 2015).

3.5 DIAGNÓSTICO

Estudos diretos:

A pesquisa direta baseia-se na identificação do agente etiológico através do material colhido a partir da raspagem da lesão ulcerada durante a sífilis primária ou punção do linfonodo acometido. É o único método disponível para diagnóstico de certeza da sífilis precoce (FREITAS et al, 2011).

O *T. pallidum* pode ser identificado pelo exame em campo escuro de material das lesões ulceradas, lesões de mucosa ou condilomatosas. É o padrão-ouro para o diagnóstico da sífilis primária (sensibilidade de 74% a 86%) (BRASIL, 2010).

A pesquisa do treponema pode ser realizada também por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias. Porém, é um método não muito disponível em nosso meio, e apresenta limitações, pois é positivo tanto em pessoas com tratamento anterior para sífilis, quanto indivíduos sem tratamento ou com tratamento incompleto (BRASIL, 2017)

Testes imunológicos:

Na prática são os mais utilizados, eles se dividem em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos - testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs); quimioluminescência (EQL); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA); testes rápidos (imunocromatográfico); MHA-TP; TPI - detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, 7 a 15 dias da infecção, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. São exames qualitativos e muito específicos, raramente são observados falso-positivos. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

Os testes não treponêmicos - VDRL, RPR e TRUST - detectam anticorpos não específicos (anticardiolipina) para os antígenos do *T. pallidum*, são utilizados para rastreio, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de 3 a 6 semanas após o aparecimento do cancro duro, atingem seus maiores valores na fase secundária e declinam na fase latente e terciária. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, quanto maior a diluição reagente, maior é a concentração de anticorpos, quando ocorre a queda do título é indicativo de sucesso terapêutico (BRASIL, 2017).

Três títulos sucessivamente baixos ($\leq 1:8$), sem indicio de reinfecção, é sinal de memória sorológica, logo, achados de títulos baixos pode indicar um quadro de sífilis muito recente, muito antiga ou tratada, ou falso-positivo. O teste não-treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL, porém pode se mostrar falso-positivo nas seguintes situações: LUES, SAF, mononucleose, malária,

doença de Chagas, leptospirose, tuberculose, doenças febris, hanseníase, vacinação, idosos e gravidez (FREITAS et al, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados, um dos testes treponêmicos e um dos testes não treponêmicos. A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Em todo caso confirmado, deve ser realizada triagem para HIV e hepatites virais B e C devido à grande incidência de coinfeções por outras doenças sexualmente transmissíveis. O caso deve ser investigado buscando parceiros sexuais que devem comparecer à consulta para atendimento; orientar sobre a doença e a importância do tratamento; conferir calendário vacinal para hepatite B; oferecer preservativos (BRASIL, 2017).

3.6 TRATAMENTO

A droga de escolha para o tratamento da sífilis é a Penicilina G Benzatina (2,4 milhões UI, IM, dose única - 1,2 milhão UI em cada glúteo). Em caso de alergia a penicilina, o Ministério da Saúde (2015) recomenda ceftriaxone (1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias) em gestantes ou não gestantes, ou doxicilina (100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias) que não deve ser utilizada em gestantes. Em casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária a Penicilina G benzatina (2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas, dose total de 7,2 milhões UI) é o indicado, ou Doxiciclina (100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias - exceto para gestantes) ou Ceftriaxona (1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias) para gestantes e não gestantes. Em casos de neurosífilis, a Penicilina Cristalina (18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias) ou Ceftriaxona (2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias) (FREITAS et al, 2011; BRASIL, 2015).

Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona (BRASIL, 2015).

O parceiro sexual deve ser testado e tratado. Ele deve realizar teste imunológico; ser tratado com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas; e quando impossível estabelecer-se a data da infecção, deve ser tratado na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento (FREITAS et al, 2011).

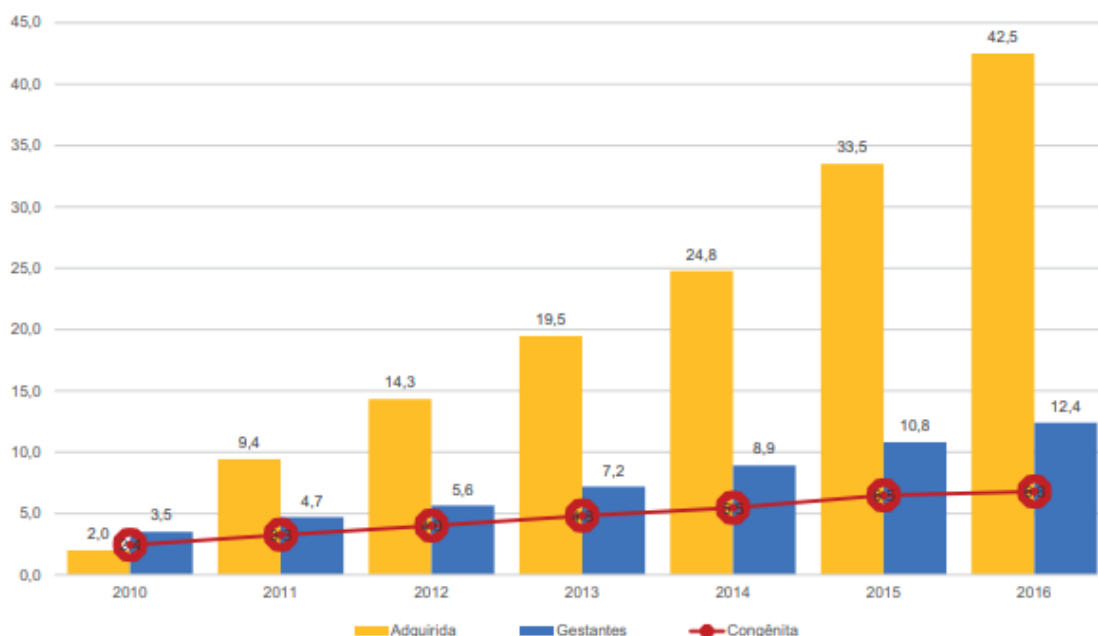
3.7 EPIDEMIOLOGIA

A Sífilis é uma doença de notificação compulsória regular (em até sete dias), tanto a forma adquirida, congênita, quanto a sífilis na gestante. Todo caso confirmado deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica conforme o critério: indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente; ou clínica compatível, com pelo menos um teste reagente. A notificação e vigilância são imprescindíveis para interromper a cadeia de transmissão e indicar as medidas de controle (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

É um importante agravo de saúde pública, caracterizado pelo potencial infectocontagioso e por aumentar significativamente o risco de contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (BRASIL, 2015).

O cenário epidemiológico da doença inclui aumento da incidência, associado à subnotificação de casos (Figura 1), levando o Ministério da Saúde a elaborar medidas de controle prioritárias como a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil (BRASIL, 2017). Vale ressaltar, que em 2014 houve diminuição da distribuição, em nível mundial, da Penicilina Benzatina, a qual é principal medicamento usado para tratamento da sífilis, destaca-se também a ampliação da testagem rápida (SBI, 2017).

Figura 1. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.

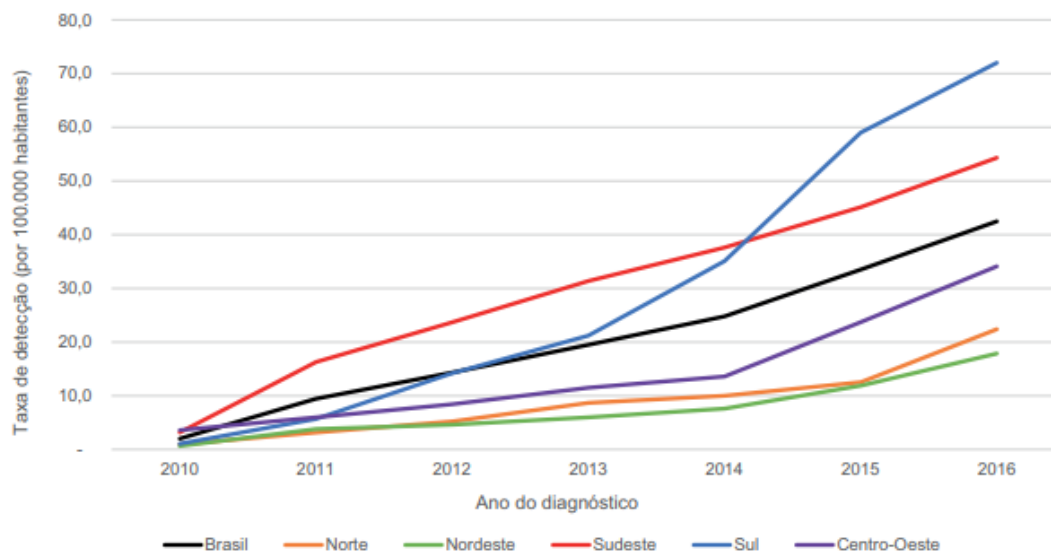


FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

A Sífilis adquirida é um agravo de notificação compulsória desde 2010 e, desde então, a taxa de detecção aumentou de 2,0 casos para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. No

período de 2010 a junho de 2017, o Sinan notificou um total de 342.531 casos, sendo 59,2% na região Sudeste e 21,2% no Sul (Figura 2).

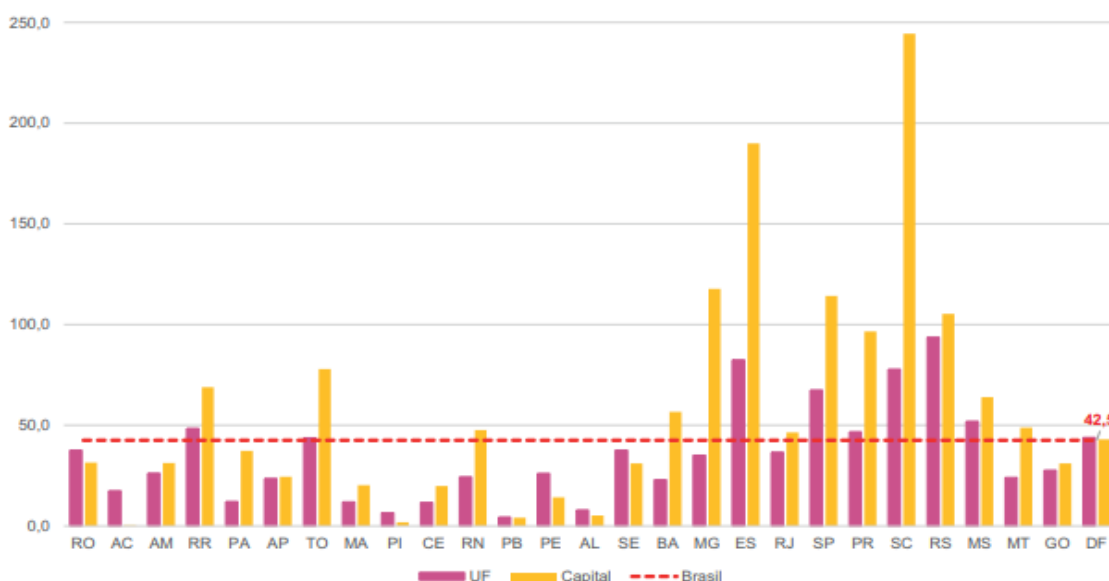
Figura 2. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

A taxa de detecção mais elevada, em 2016, foi observada no Rio Grande do Sul (93,7 casos/100 mil habitantes), e a mais baixa na Paraíba (4,4 casos/100 mil habitantes) (Figura3). Outros oito estados apresentaram taxas de detecção superiores à taxa nacional, como Espírito Santo e o Distrito Federal.

Figura 3. Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo Unidade da Federação e capital. Brasil, 2010-2016.

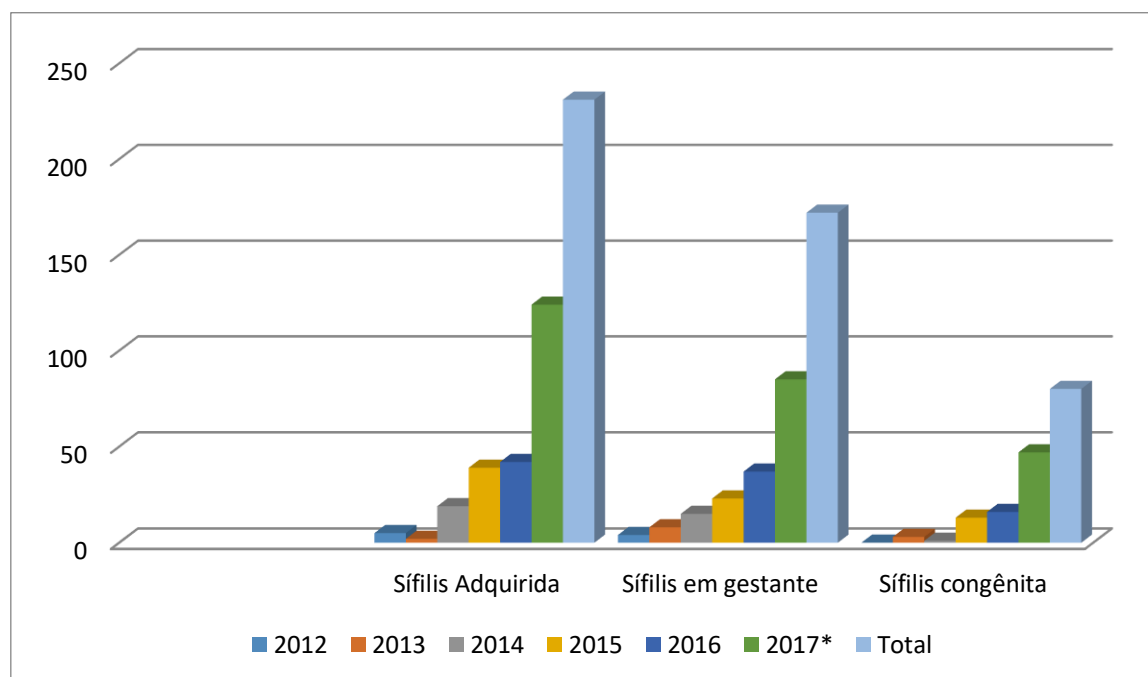


FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

Ao analisar o retrato da sífilis no município de Volta Redonda/RJ, entre o período de 2012 a 2017, detectou-se um significativo aumento nos casos a partir de 2014, com cerca de 50% do total registrados em 2017 (Gráfico 1). Sendo notificados, o total absoluto, 231 casos de sífilis adquirida, 172 em gestante e 80 na forma congênita.

Com este panorama, o município vem fazendo algumas mudanças no direcionamento da sífilis, uma delas é melhoria na oferta da testagem rápida, que antes era realizado apenas na maternidade, hoje já está disponível em quase todas as unidades básicas de saúde. Melhoria na atenção a gestante diagnosticada com sífilis, que passou a ser referenciada e acompanhada na média complexidade, a Policlínica da Mulher. Os laboratórios de análises clínicas foram orientados a realizar teste treponêmico (FTA-Abs) em todos os usuários do serviço que fossem realizar o teste não-treponêmico (VDRL), e aqueles que tivessem positivado ambos os testes seria comunicado a SMS para que esta possa instruir a UBS para a busca ativa. Quanto ao tratamento, a Secretária de Saúde institui que os homens diagnosticados com sífilis deverão ser tratados com doxacilina, assim priorizando o uso da Penicilina Benzatina em gestantes e crianças. Além disso, todas as unidades básicas de saúde do município foram instruídas quanto ao preenchimento correto dos campos na notificação no momento do diagnóstico.

Gráfico 1. Número absoluto de Sífilis adquirida, Sífilis em gestante e Sífilis congênita, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2012 a 23/11/2017.



FONTE: SINAN/MS (2017).

No Brasil, entre 2010 e 2016, observou-se que o incremento no percentual da faixa etária de 13 a 19 anos foi de 39,9% e na faixa de 20 a 29 anos, 13,8%. Esta apresentou a maior parte das notificações em 2016 (34,1%), seguidos daqueles na faixa entre 30 e 39 anos (22,1%). Nas demais, a tendência é de queda, com exceção da faixa etária de 50 anos ou mais, que manteve estável. Além desse parâmetro, entre os casos em que foi informada a escolaridade, 16,7% possuíam ensino médio completo e 21,3%, ensino fundamental incompleto.

Quando comparada a notificação de casos de Sífilis adquirida por sexo, em 2010, a razão era de 1,7 homens para cada mulher, sendo mantida, desde 2013, em 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres (Figura 4).

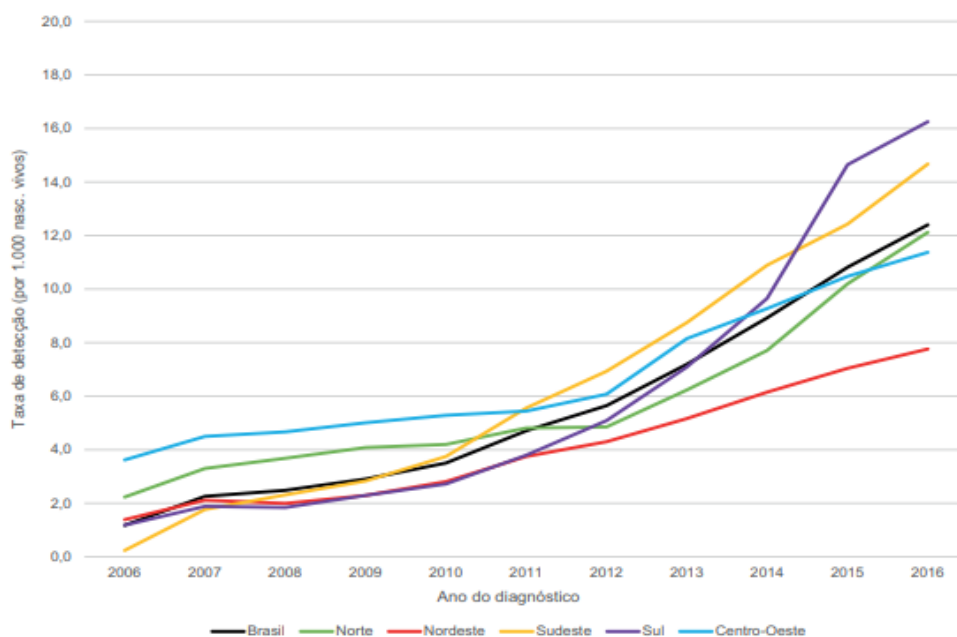
Figura 4. Percentual de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

A taxa de detecção de Sífilis em gestantes teve um aumento gradativo, sendo, em 2016, de 12,4 casos em gestantes/1.000 nascidos vivos (Figura 5). No período de 2005 a junho de 2017, foram notificados no Sinan um total de 200.253 casos, dos quais 44,2% foram na região Sudeste, seguido por Nordeste (14,6%) e, por último, Centro-Oeste (9,4%).

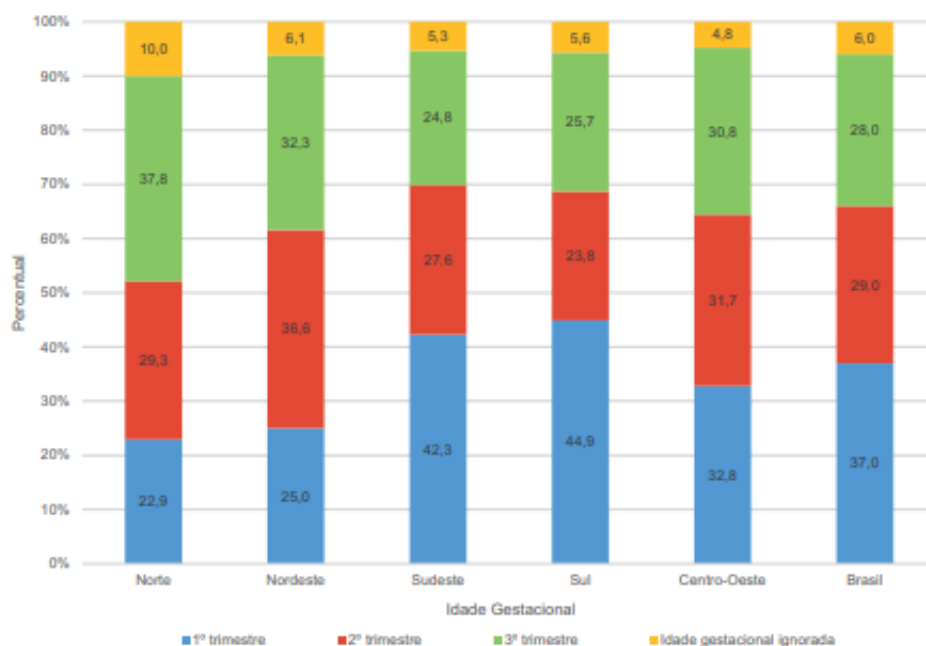
Figura 5. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

A detecção da doença na gestante tem grande influência da assistência pré-natal. Em 2016, a maior proporção de mulheres (37,0%) foi diagnosticada no primeiro trimestre, representando um aumento de 15,1% do ano anterior (Figura 6). No segundo trimestre, os diagnósticos representaram 29,0% e, no terceiro, 28,0%. As regiões Sul e Sudeste apresentaram a maior proporção de casos (44,9% e 42,3%, respectivamente). Nessa avaliação, o Ministério da Saúde alertou para a importância do preenchimento adequado das fichas de notificação, evitando ignorar opções.

Figura 6. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016.

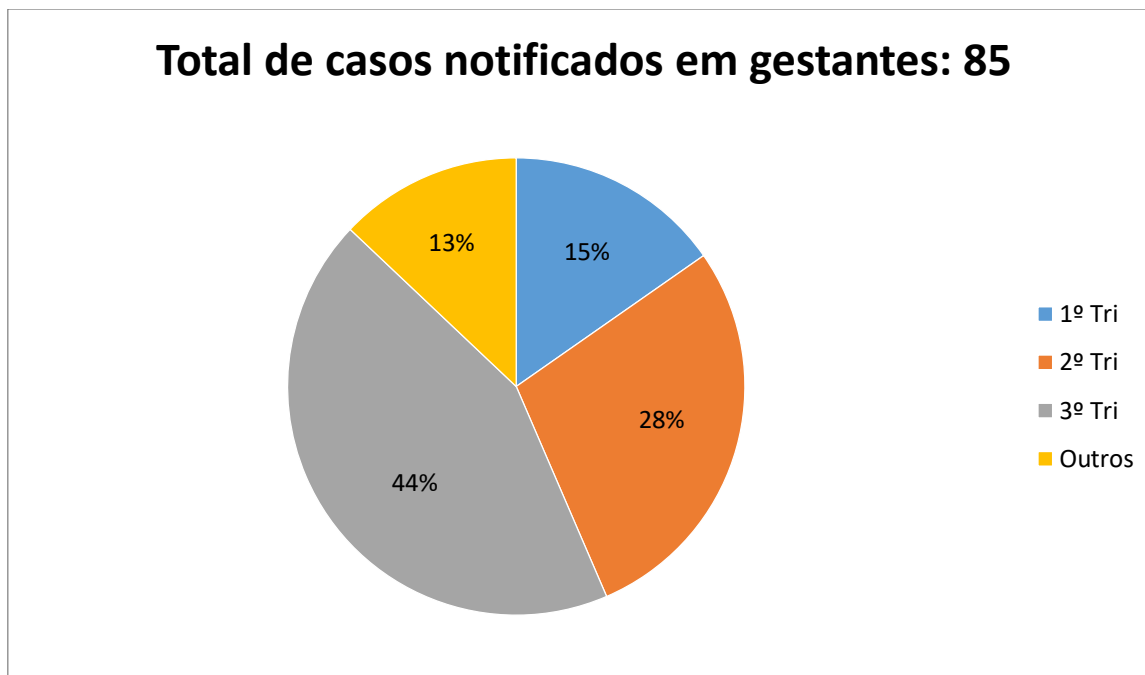


FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

No município de Volta Redonda/RJ, no ano de 2017, foram notificados pelas unidades de saúde 85 casos de sífilis em gestantes, sendo a maior parte deles (43,5%) no 3º trimestre e 28,2% no 2º trimestre (Gráfico 2). Dentre esses casos, 12 foram diagnosticados na forma primária, 4 na secundária, 12 na terciária, 9 na forma latente e 48, ignorados, que não apresentam registro de tratamento para a doença (Gráfico 3). Nos outros casos, o tratamento foi feito corretamente conforme estágio clínico do diagnóstico. Foram realizados o teste treponêmico (positivo em 44 das 85 gestantes) e o não treponêmico (77 resultados positivos).

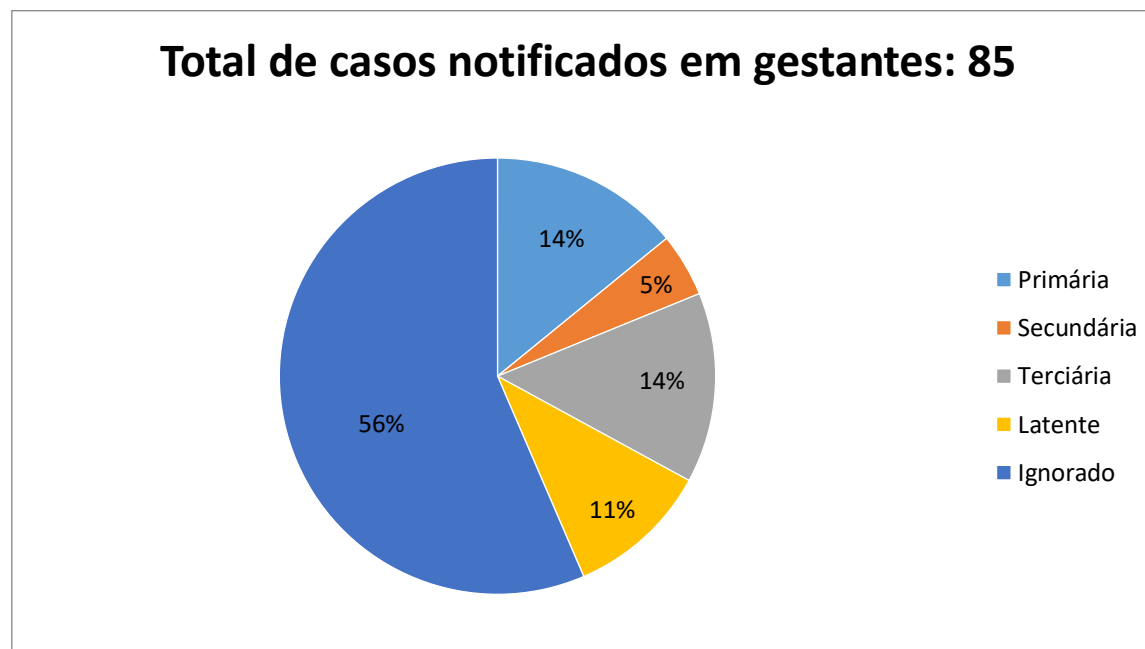
Em 2015, o total de gestantes em Volta Redonda/RJ era de 1.893, sendo que 23 delas apresentaram o diagnóstico de Sífilis. Para cada 1.000 nascidos vivos, a taxa de detecção foi de 6,6 casos em gestantes.

Gráfico 2. Frequência por trimestre de diagnóstico de Sífilis em gestantes, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2017 a 23/11/2017.



FONTE: SINAN/MS (2017).

Gráfico 3. Frequência de Sífilis em gestante segundo classificação clínica, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2017 a 23/11/2017.



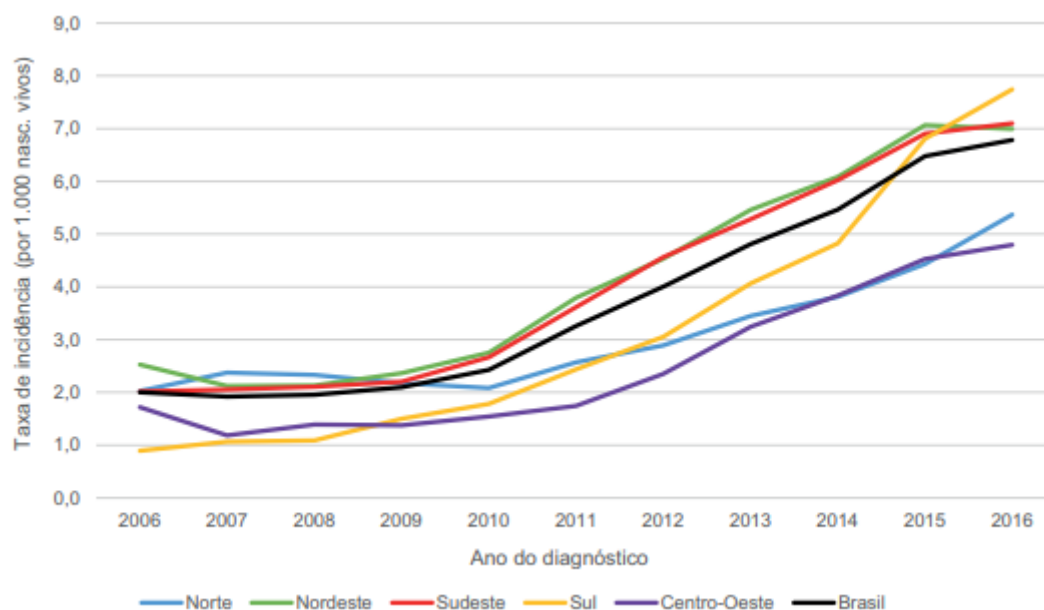
FONTE: SINAN/MS (2017).

No Brasil, a taxa de incidência de sífilis congênita sofreu um aumento progressivo nos últimos 10 anos (Figura 7). Em 2006, a taxa era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, sendo, em 2016,

de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. Neste ano, foram notificados, no total, 20.474 casos, sendo a maioria na região Sudeste (41,5%).

Os maiores percentuais de casos ocorriam em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos. Entre as gestantes, 81,0% fizeram pré-natal, período de maior detecção de casos. No entanto, 58,1% receberam tratamento inadequado (BRASIL, 2017).

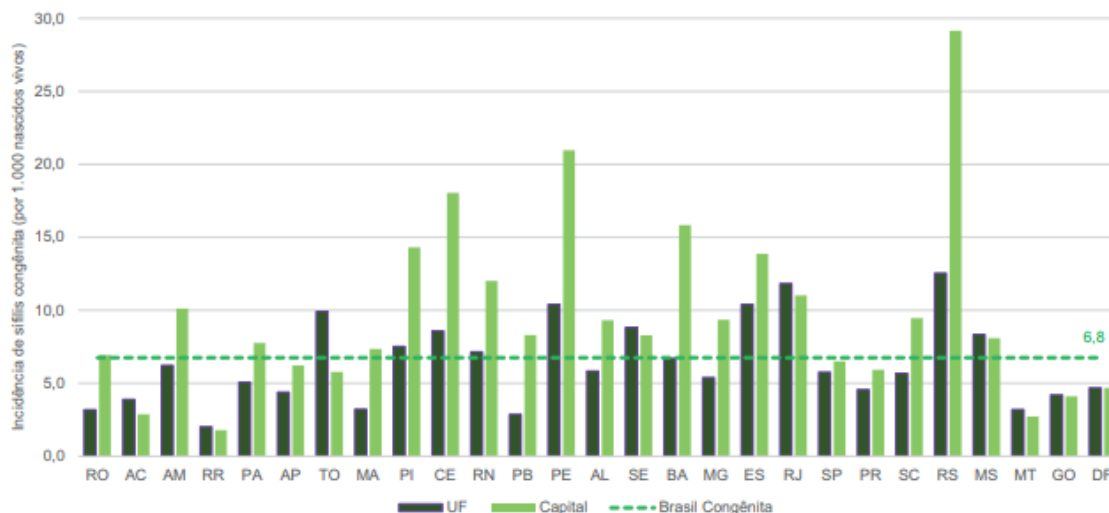
Figura 7. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

As taxas de incidência da Sífilis congênita nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste estavam acima da média nacional, sendo representadas por dez unidades federativas. A taxa de incidência em Porto Alegre recebeu destaque, por estar 4,3 vezes mais alta que a taxa nacional (Figura 8).

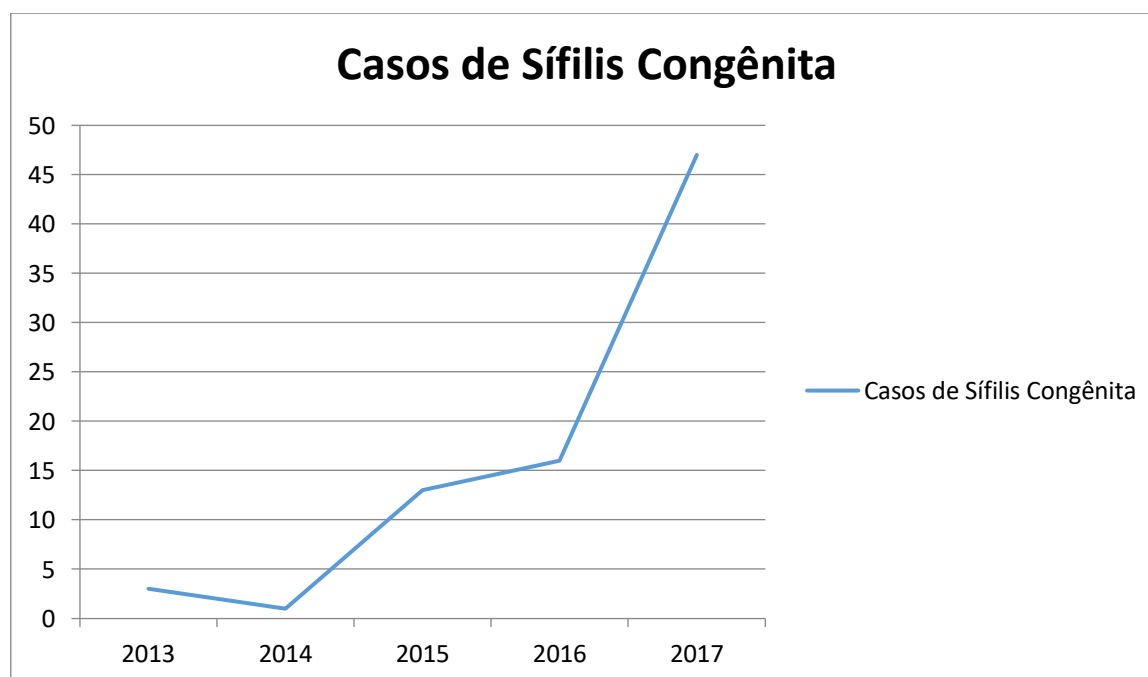
Figura 8. Taxas de incidência de sífilis congênita segundo Unidade da federação e capital. Brasil, 2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (Sinan), 2017.

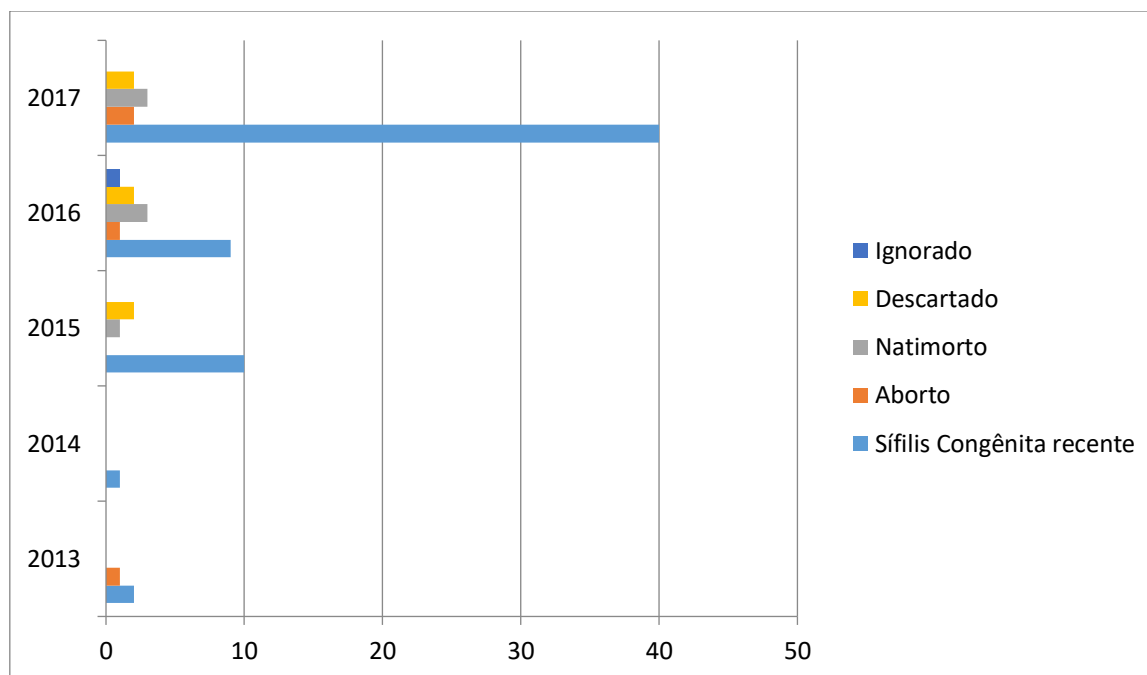
No município de Volta Redonda, foram notificados 80 casos de Sífilis congênita no período de 2013 a 2017 (Gráfico 4), com 4 casos de aborto e 7 natimortos (Gráfico 5). No ano de 2015, a taxa de detecção foi de 3,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos, sendo notificados 13 nascidos vivos com Sífilis Congênita. No ano de 2017, do total de 47 casos, a maior parte deles foi detectada em gestantes de 20 a 34 anos (53%) (Gráfico 6).

Gráfico 4. Frequência de casos de Sífilis congênita, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2013 a 23/11/2017.



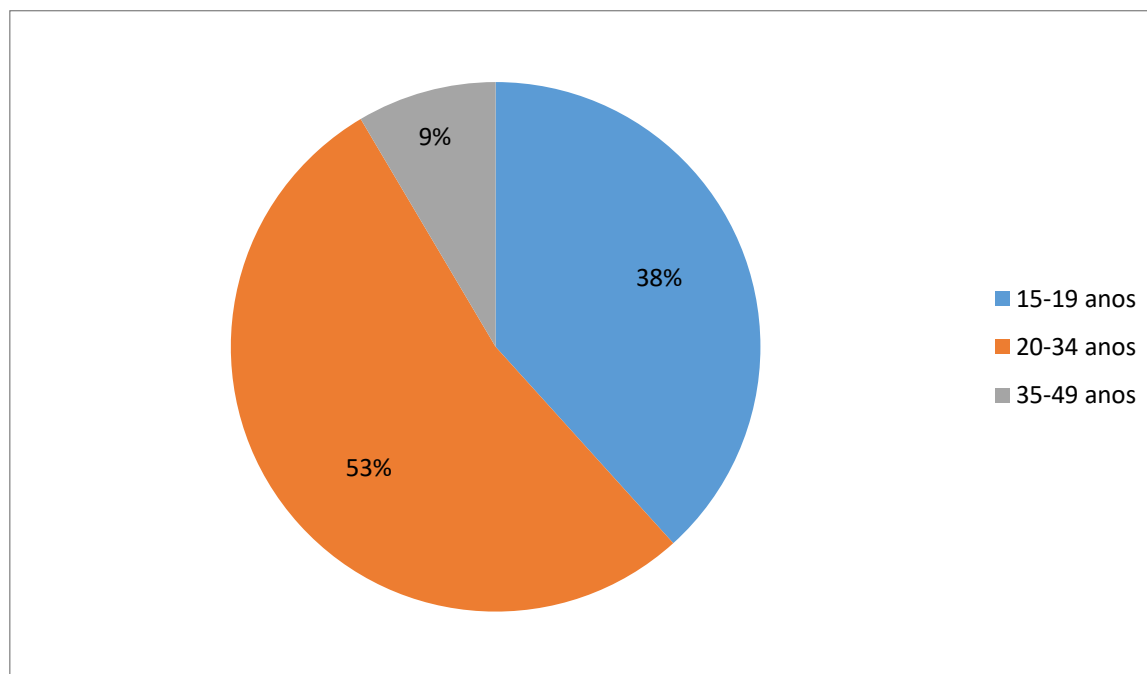
FONTE: SINAN/MS (2017).

Gráfico 5. Frequência de casos de Sífilis Congênita por diagnóstico final, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2013 a 23/11/2017.



FONTE: SINAN/MS (2017).

Gráfico 6. Frequência de casos de Sífilis Congênita por idade materna, no município de Volta Redonda/RJ, no período de 01/01/2013 a 23/11/2017.

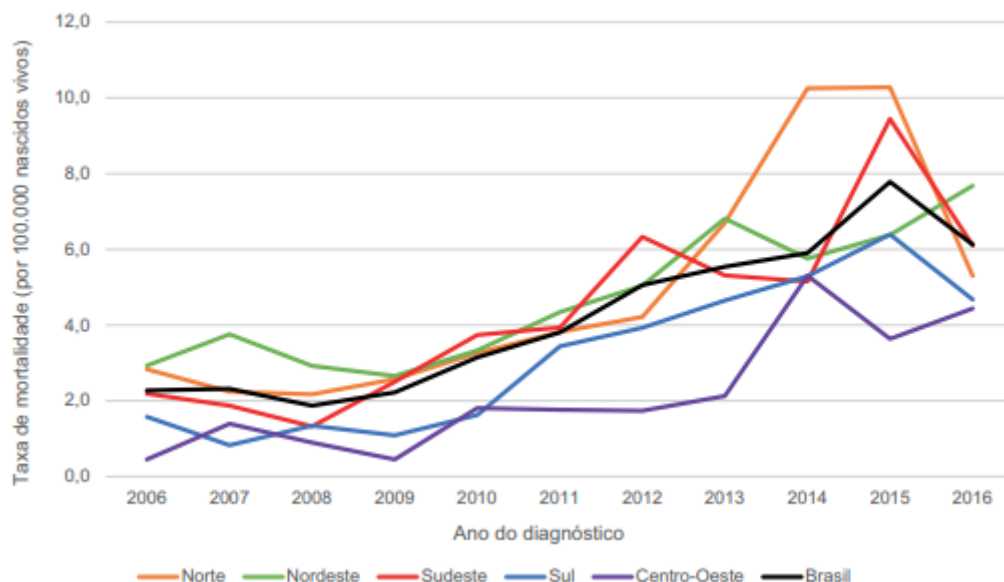


FONTE: SINAN/MS (2017).

Em 2016, o Brasil apresentou um coeficiente de mortalidade infantil por Sífilis congênita de 6,1 por 100.000 nascidos vivos, representando um total de 185 óbitos em crianças menores de um

ano. A região Nordeste foi onde detectou-se a maior taxa, 7,7 por 100.000 nascidos vivos (Figura 9).

Figura 9. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2006 a 2016.



FONTE: Boletim Epidemiológico – Sífilis (SIM), 2017.

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2016 destacou recomendações no intuito de aprimorar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância em Sífilis, como a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos estados, regiões de saúde e municípios que apresentarem elevados níveis de casos de sífilis congênita, tentando detectar possíveis falhas na assistência. Além disso, publicação do Caderno de Boas Práticas sobre o uso de penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil, ratificando seu uso como única opção de tratamento seguro e eficaz na gestação como prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2016).

4 CONCLUSÃO

Embora a sífilis seja uma patologia conhecida há séculos e que tenha agente etiológico bem definido, de fácil detecção, tratamento de baixo custo e 100% eficaz, ainda assim é considerado um grave problema de saúde pública.

Na prática clínica podemos observar a existência de carência de informações acerca da sífilis, tanto por parte da população quanto por parte dos profissionais de saúde, nesse último, percebemos discrepância em relação à conduta diagnóstica e tratamento. O seu desconhecimento torna a problemática das DST ainda maior.

Apesar de grave, a sífilis é uma doença curável e não deixa sequelas, quando diagnosticada no início e tratada de forma correta. Porém, a descoberta da sífilis gera situações conflitantes para os portadores, desde a realização de seu próprio tratamento à revelação do diagnóstico aos seus familiares e parceiro sexual.

É possível observar que o panorama da sífilis do Brasil e no município de Volta Redonda/RJ é preocupante, pois os casos vêm aumentando consideravelmente. Sendo necessária a instituição de normas, que visem à promoção de ações, por equipe qualificada, direcionadas ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado e acompanhamento sorológico para comprovação da cura, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. AnBrasDermatol. Rio de Janeiro.v.81, n. 2, p. 111-26, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010. 100 p. (Série TELELAB)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 99-106, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015.v. 47, n. 35. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**.v.48, n. 36. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2ªed, volume único. Brasília, 2017.

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). **O desafio da sífilis**. Boletim out/2017, p. 06.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 6ª Ed. Artmed, 2011.